

UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA ECOLÓGICA NA PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO SEGUNDO BRONFENBRENNER E O MODELO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Anamélia Lins e Silva Franco*
Ana Cecília de Sousa Bastos#

RESUMO. A atividade no Programa de Saúde da Família (PSF/MS) tem sido motivo para diversos desafios. Entre as exigências reconhece-se a necessidade de elaborar proposições teóricas que orientem a reflexão e a prática. Apresenta-se uma proposta de articulação da abordagem ecológica do desenvolvimento humano elaborada por Bronfenbrenner e com o modelo de vigilância da saúde, buscando-se elaborar uma ferramenta para o Programa de Saúde da Família. Para tal, são apresentadas as bases teóricas e exemplificados os conceitos a partir de relatos de usuários e profissionais dos serviços de saúde. Observa-se que um fator de aproximação nessas três proposições é a presença, em diferentes níveis, de uma compreensão ecológica. A família tem papel fundamental para as três abordagens, e este papel é complementar, sendo ela informante, objeto de cuidados e constituidora-cuidadora de si.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família, modelo ecológico, vigilância da saúde.

THE FAMILY HEALTH PROGRAM: AN ECHOLOGICAL APPROACH IN THE DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY AND A HEALTH CARE MODEL

ABSTRACT. The activities of the Family Health Program have posed many challenges. One of these challenges is exemplified in a need for developing theoretical propositions that guide the praxis of family health and foster analysis of its practices. The Bronfenbrenner ecological approach of human development and the health care model are presented as viable theoretical tools for the Family Health Program. Examples extracted from reports of users and professionals of health services are used to illustrate relevant constructs. Different levels of ecological comprehension can be identified in these examples in which the family occupies a fundamental role on the three approaches and complemented it as informant, object of care and of self-care.

Key words: Health Family Program, ecological model, health surveillance.

Há pelo menos três décadas vêm sendo discutidas as formas que as ciências costumavam adotar para compreender a realidade. Esta discussão enfatiza o fato de que os objetos construídos com a finalidade de serem analogias da realidade se mantinham muito limitados. Sob a justificativa da intenção de elaborar objetos precisos, foram construídos objetos lineares, pontuais, estáticos, fragmentados, e, conseqüentemente, as análises realizadas não têm conseguido responder satisfatoriamente aos problemas assumidos pela ciência, considerando-se que a realidade é complexa, multideterminada e processual.

As tentativas de conquista desta apreensão mais fiel da realidade procedem de variadas origens e utilizam diversas analogias. Uma dessas tentativas inspira-se na própria natureza e seriam os modelos chamados (explicitamente ou não) ecológicos. A origem da palavra ecologia é grega: *oikos*, que significa casa, lugar onde se vive. À primeira vista, não fica clara, por esta definição, a vinculação dos modelos científicos referidos aqui com a ecologia, mas ao analisar o conceito de ecossistema, conceito fundamental para esta ciência, tal vinculação tornou-se mais evidente: ecossistema se refere a

* Universidade Federal da Bahia e Instituto de Saúde Coletiva.

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva, R. Padre Feijó, 29 4º andar, 40110-170 Salvador, Bahia. E-mail: anamelia@ufba.br

Universidade Federal da Bahia, Departamento de Psicologia e Instituto de Saúde Coletiva. E-mail: acecil@ufba.br

uma entidade definida no espaço e no tempo, abrangendo não só todos os organismos que a habitam, mas também as condições físicas do clima e do solo, bem como todas as interações entre os diferentes organismos e entre estes e as condições físicas (Castrì, 1981, p.7).

Este conceito foi formulado sob influência da teoria geral dos sistemas, segundo a qual o todo representa mais do que a soma das partes, porquanto o essencial reside na interação dos elementos que o compõem (Castrì, 1981). Observa-se, nestas definições, o combate ao mecanicismo e uma influência da fenomenologia quando elas distinguem a composição do todo e buscam apreendê-lo.

Sarriera (1998) coincidentemente construiu uma argumentação semelhante a esta, focalizada no percurso da psicologia social-comunitária e apresenta diversas alternativas teóricas que possuem a preocupação de superar os limites identificados nos objetos construídos com orientação do positivismo.

Aproximando-se da área da saúde, pano de fundo da discussão que se tenta propor neste texto, tem-se como exemplo a análise feita por Almeida Filho (1992) no âmbito da epidemiologia. Este autor a firma a necessidade de “um novo paradigma (...), caracterizado por teorias de causalidade mais sofisticadas, capazes de integrar conceitos *sistêmicos* e causas *interdependentes*”, considerando ainda a historicidade do processo saúde-doença (Almeida Filho, 1992, p. 106)¹.

Almeida Filho faz uma ressalva, considerando que este novo paradigma tem entre seus precursores “o modelo ecológico de doença em suas versões melhor fundamentadas” (1992, p. 113). A presença deste precursor e dos adjetivos *sistêmico* e *interdependente* atribuídos aos conceitos a serem utilizados no novo modelo possibilita continuar chamando-os de ecológicos, representando ainda possibilidades de vinculação com tentativas de superação de propostas positivistas em outras áreas.

A concepção ecológica na área de saúde possibilitou a compreensão da saúde enquanto um processo multideterminado, complexo e dinâmico. Tal compreensão exigiu a integração de diversas áreas do conhecimento, o repensar e a elaboração de propostas de mudanças na disponibilidade e prestação dos serviços de saúde, e, em última instância, a criação do campo da saúde coletiva.

Na psicologia, principalmente na área do desenvolvimento humano, sempre esteve presente uma

discussão polarizada entre as perspectivas inatistas e empiricistas. Esta discussão foi sendo paulatinamente superada por teorias ou abordagens que foram aprofundando conceitos, tornando-os mais sensíveis. No final da década de setenta, Bronfenbrenner apresentou os pressupostos da abordagem ecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1994).

Neste texto pretende-se apresentar e tentar integrar a abordagem ecológica do Desenvolvimento proposta por Bronfenbrenner (1994) e o modelo de vigilância da saúde, tal como analisado por Paim & Teixeira, (1992) e Teixeira, Paim & Vilasbôas, (1998).

COMO SE PENSA A CONSTRUÇÃO DESTA INTERSECÇÃO

Uma primeira questão a ser colocada seria: por que juntar psicologia do desenvolvimento com vigilância da saúde? Consideramos que a psicologia do desenvolvimento toma o comportamento como um objeto processual, numa perspectiva vinculada à saúde, ao saudável, na medida em que se interessa pela observação das mudanças ocorridas ao longo da vida das pessoas. Os problemas de saúde são tomados por esta disciplina como oportunidades de desenvolvimento. Diante de um problema de saúde o interesse da psicologia do desenvolvimento não é estritamente clínico, deseja-se observar o comportamento diante das condições em que se encontra. A atual psicologia do desenvolvimento não assume uma perspectiva teleológica, que, por exemplo, se observa mais claramente na psicologia clínica (Cowan, 1991). Esta tendência tem sido fundamentada pelo entendimento de que o mesmo ambiente ou a mesma experiência podem ter efeitos muito diferentes nas pessoas.

O modelo de vigilância da saúde pretende organizar as ações de saúde tendo como prioridade a ação sobre os riscos à saúde. Desse modo, enfatiza o papel do ambiente e as ações no cotidiano. Esta concepção tem em seus antecedentes um movimento intelectual latino-americano que identifica claramente as condições de saúde da população com suas condições de vida. Desta concepção nasce uma preocupação com a construção de um modelo assistencial que “articulasse os conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde ... para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade” (Teixeira, Paim, & Vilasbôas, 1998, p. 14). Pressupõe e reforça um modo de lidar com a saúde sob os princípios da prevenção de danos,

¹ grifos nossos

ênfatisando os aspectos saudáveis e buscando ampliá-los. Sendo assim, a disciplina e esta abordagem têm em comum a busca de entendimento do objeto enquanto interligado às ciências sociais, a idéia presente nas duas propostas de articulação do homem com o ambiente e a condição de atividade e transformação da realidade.

Ao longo deste texto pretende-se identificar relações entre a psicologia do desenvolvimento, especificamente a abordagem ecológica proposta por Bronfenbrenner (1994), enquanto uma disciplina interessada pelos processos-possibilidades ao longo da vida e, a abordagem da vigilância da saúde como orientação à reorganização das práticas de saúde.

A ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, UMA PROPOSTA DE BRONFENBRENNER

O desenvolvimento humano, como entendido na proposta ecológica de Bronfenbrenner (1994), é observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com seu ambiente. O ambiente é considerado nesta abordagem como ambiente percebido, constituído de quatro níveis crescentes interarticulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes.

A concepção de ambiente em quatro níveis crescentes interarticulados indica a concepção sistêmica presente nesta proposta. Ao nascer e ao longo da vida a pessoa estabelece, no seu ambiente imediato, relações que caracterizam um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais, compondo o nível do *microssistema*. Aumentando a complexidade, o *mesossistema* consiste das relações vividas pelos membros da díade constituinte do microssistema no mesmo ambiente com outras pessoas. O terceiro nível dos sistemas constitui o *exossistema*, no qual um ou mais ambientes não envolvem a pessoa como participante ativo, mas ocorrem eventos que afetam ou são afetados por aquilo que acontece no ambiente no qual se encontra a pessoa em desenvolvimento. O quarto e último sistema, o *macrossistema*, é caracterizado por referir-se às consistências culturais na forma e conteúdo dos sistemas anteriores (Bronfenbrenner, 1994, pp.18 e 21).

Um exemplo citado por Bronfenbrenner (1994) muito adequado ao contexto no qual está inserido este texto trata das maternidades. Em um país, caracterizando uma cultura, um macrossistema, as maternidades em geral possuem muitas semelhanças. As diferenças relacionam-se principalmente a

condições de hotelaria, mas as práticas são semelhantes. Uma mudança desencadeada por uma decisão dos órgãos comuns à nação, (no caso do Brasil, o Ministério da Saúde), que venha a modificar os padrões de alojamento das crianças no momento imediatamente posterior ao nascimento (no caso, o estabelecimento do alojamento conjunto como uma norma), repercutirá em todos os sistemas e na vida da criança, e será determinante de alguns padrões de desenvolvimento.

O exemplo anterior mostra a influência do macrossistema sobre o microssistema, uma norma que modifica as oportunidades da relação mãe-criança nos primeiros momentos da vida. No sentido inverso enfatiza-se a relação diádica como elemento de grande importância para o desenvolvimento. Bronfenbrenner (1994) refere estudos indicando que na medida em que um membro da díade vive um processo de desenvolvimento, este repercute no outro. Os processos pelos quais ocorre mudança de papel, como expectativas de mudança de comportamentos associadas a posições na sociedade ocorrem *transições ecológicas*.

As transições ecológicas seriam observadas, por exemplo, quando a criança entra na escola. Esta inserção é conhecida por experiências relatadas por outros, mas não deixa de repercutir tanto na criança, que passa a constituir um novo microssistema, como também nos familiares.

A definição de microssistema vinculada a relações face a face indicou a proximidade física como característica básica desse sistema: conseqüentemente, o fator espacial passou a ser considerado como definidor da inserção nos sistemas. Frequentemente os exemplos de inserção no meso e no exossistema vinculam-se a conquistas relacionadas à inserção em novos espaços e a esta estaria vinculado o desenvolvimento humano. A criança que vai para a escola conquista outro espaço; conseqüentemente, estabelece relações de ordens diferenciadas que não se dão no âmbito doméstico. Entretanto, esta não é a única via de observação/ocorrência de inserção em sistemas "superiores". Goodnow (1996) propõe que seria mais adequado caracterizar o curso do desenvolvimento pela diferenciação na forma de participação nas relações. O indivíduo mais participativo insere-se nos diversos níveis do sistema ecológico (Bronfenbrenner, 1994) e para este indivíduo o macrossistema (enquanto ambiente percebido) é um sistema com o qual ele pode ter contato, possui formas de interação e intervenção. A observação do estabelecimento de contratos sociais seria um outro exemplo, que possibilita a composição

de relações em sistemas que não são imediatos e assim são caracterizadores da inserção em outros sistemas.

Citem-se exemplos da relação médico-paciente. A relação médico-paciente é uma relação diádica; no momento que uma pessoa se dirige a um centro de saúde para ser atendida pelo médico muito provavelmente entrará em contato com outras pessoas, compondo outras díades e tríades. Assim se compõe o mesossistema, a unidade de saúde seria um segundo ambiente no qual a pessoa participa ativamente².

Na própria unidade de saúde são identificados ambientes nos quais a pessoa não participa ativamente, embora acontecimentos nestes ambientes a afetem. O exossistema poderia ser observado a partir do sistema de marcação de consultas. Se as consultas são realizadas por ordem de chegada, a pessoa necessitará sair de casa o mais cedo possível, não poderá prever quando será atendida e a hora em que será liberada, podendo isto influir no horário de chegada no trabalho, um dos ambientes que compõem o micro e mesossistema.

A base dos quatro sistemas são as relações diádicas, as relações nas quais duas pessoas prestam atenção nas atividades umas das outras ou delas participam. A observação da existência de diferenças na qualidade das relações diádicas exigiu que Bronfenbrenner (1994) as classificasse como díades observacionais: quando um membro está prestando cuidadosa e continuada atenção à atividade do outro, que reconhece este interesse; uma díade de atividade conjunta em que os dois participantes se percebem fazendo uma atividade juntos. Estas duas classificações consideram a presença dos membros da díade, na terceira classificação as díades primárias são aquelas nas quais a díade existe independente da presença do outro membro. Clarificando, a manutenção dos comportamentos independe da presença dos participantes da díade, e isto a caracteriza como díade primária.

Alguns exemplos³

Os exemplos apresentados buscam facilitar a compreensão da abordagem de Bronfenbrenner (1994). A seguir encontram-se comentados alguns exemplos retirados da dissertação de mestrado de

Sucupira (1981), na qual ela discute a relação médico-paciente no contexto da clínica pediátrica. Parte da riqueza desta discussão está, porém, na inclusão de elementos intervenientes anteriores e posteriores ao momento clínico, como também de elementos aparentemente externos, no nível do mesossistema.

No primeiro exemplo, a autora descreve um episódio em que a médica repreende a mãe porque esta não compreendeu uma instrução dada por ela um mês antes. A médica chega a ser ríspida, argumentando que quem aprendeu a andar apenas uma vez deveria, com a mesma facilidade, repetir automaticamente cuidados (em caso de diarreia) que lhe tivessem sido uma vez recomendados. Em resposta ao tom repreensivo e irritado da médica, a mãe buscava se defender e expunha sua crença de que não podia dar à criança certos alimentos (adequados em caso de diarreia) quando estão nascendo os dentes.

A médica insistia que, independentemente dessa crença, sua orientação deveria ser seguida à risca. A mãe retrucava timidamente que podia fazer mal, pelo menos é o que ela tinha ouvido dos outros. Repetia sempre, desculpava-se, buscava apoio do observador.

Este exemplo possibilita discutir as definições de díade propostas por Bronfenbrenner (1994). A finalidade da relação médico-paciente “exige” a constituição de uma díade primária, uma vez que, na ausência da médica a mãe devia seguir o que esta havia lhe explicado na consulta. Entretanto, as díades de atividade conjunta são muito fortes, estão presentes no momento em que o procedimento orientado pela médica devia ser executado e os parceiros complementares desta díade não concordam e propõem um outro procedimento.

Uma segunda análise apontaria a constituição do microsistema, no qual a mãe e a médica constituem uma díade, e do exossistema, constituído pela mãe e pelos que dizem “que faz mal dar certas coisas quando tão nascendo os dentes”, pessoas que não compõem tríades com a mãe e a médica mas que influenciam, explicitamente tumultuam a relação entre as duas.

No segundo exemplo, a mãe avalia uma consulta, em entrevista com a pesquisadora. Informa ter gostado da consulta, embora rápida e superficial, por corresponder à sua expectativa quanto ao modo de atuação do médico do INPS, que, a seu ver, caracteriza-se por apenas perguntar o que o paciente tem e prescrever-lhe medicação, tudo isso em não mais do que dois minutos. Nesse exemplo em particular, a mãe está satisfeita porque o médico tinha demorado um pouco mais, chegando a auscultar a criança. Haveria no caso um diferencial, distanciando-se do que essa mãe considera “consulta lambuzada”:

² Afirmar a participação ativa no centro de saúde pode ser motivo de discussão

³ Os exemplos apresentados foram retirados dos estudos de Sucupira (1981) e Vilasbôas (1998) visando a esclarecer aspectos das abordagens focalizadas e são discutidos, diferentemente dos estudos originais, a partir da aproximação entre as perspectivas ecológica e da vigilância em saúde.

naqueles dois minutos, o médico, além de não tocar o paciente, transmite uma mensagem no sentido de que não quer mais ver o paciente, de que não se importa realmente com ele.

A mãe aponta como um indicador da qualidade da consulta a proximidade física, a investigação física que o médico deve fazer no paciente. Além deste aspecto de caracterização da díade, a mãe analisa a consulta porque o médico “foi mais ou menos”; referindo-se ao “médico do INPS” indica o reconhecimento de uma consistência de comportamento, uma cultura institucional do INPS que seria observada na consulta.

O exemplo 3 consiste em uma avaliação feita por uma mãe que, numa consulta com o pediatra, foi encaminhada para um especialista. Essa mãe considera que o especialista é melhor e representa, naquela conjuntura (o estudo é de 1981), uma novidade e uma alternativa. Este exemplo refere a ocorrência de uma transição ecológica. Um médico recomenda que a criança seja atendida por um especialista, o que é positivamente avaliado pela mãe, que, ao mesmo tempo, identifica que esse encaminhamento é uma preferência do médico. De qualquer modo a relação diádica entre médico e mãe/criança (especificidade da pediatria) vai ser influenciada por uma outra relação, caracterizando o mesossistema.

No quarto exemplo, relata-se um episódio em que está em jogo o modo como o usuário lida com as regras de atendimento no serviço – no caso, a de que, numa consulta, a criança só pode entrar com um único acompanhante. É o pai que entra, e observa-se a mãe aflita, com o braço estendido por um pequeno vão da porta, procurando entregar ao pai o cartão da criança, necessário a uma maior efetividade da consulta.

Goodnow (1996) discute a proposta de a inserção nos sistemas estar vinculada a uma concepção de proximidade-distanciamento. Tal viés se deu porque o microsistema foi definido pelo estabelecimento de díades nas quais ocorriam relações face –a face. Neste exemplo anterior, exige-se a ausência de um dos pais, entretanto a mãe participa e interfere na consulta na medida em que tenta entregar o cartão da criança pelo vão da porta.

Em contraste, no exemplo 5, o pai (um executivo), frente à mesma interdição, que lhe é comunicada pela atendente em tom bem mais polido, insiste em permanecer, pois ele viera para falar com a médica e não pretende abdicar dessa prerrogativa, que compreende como um direito seu. Essa atitude é acatada. Nesse contexto, observa-se ainda que a interferência da atendente, invadindo o momento da consulta para fazer cumprir as normas, é legitimada pelo médico.

Este exemplo ilustra concretamente a existência do macrocontexto. Uma norma ou uma orientação, proposta possivelmente para valer para todos os pacientes, é explicitada pela atendente. O pai, ao combater a norma, ao discordar da norma, interferiu no macrosistema daquela unidade de saúde, daquela instituição. Tratando-se explicitamente do conteúdo da norma, freqüentemente ouve-se que os pais não assumem os filhos. Isto é mais apontado como falha dos pais, mas também é mencionado com relação às mães. No momento em que ambos os pais fazem questão de participar da consulta da criança, uma justificativa externa e aleatória combate o comportamento elogiável do pai de participar do atendimento, desejar partilhar da relação com o médico. Este é um exemplo de uma decisão pública substituindo uma decisão que devia ser da família ou da família com o profissional.

A ABORDAGEM DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

O processo saúde-doença, como vem sendo entendido pela abordagem de vigilância da saúde, considera que a saúde está vinculada a uma gama extensa de determinantes socioambientais que seriam enfrentados pela superação de desigualdades (Paim & Teixeira, 1992 e Teixeira, Paim & Vilasbôas, 1998).

A superação das desigualdades resultaria da articulação de intervenções sociais organizadas e políticas públicas transeitoriais que comporiam as ações de promoção da saúde. Em trabalho conjunto com diversos setores organizados, enfatizando a participação da população local, o setor saúde deve identificar e atuar sobre os riscos aos quais a população está submetida e os grupos de riscos para danos específicos à saúde. Estes dois níveis anteriores pretendem distanciar a população da ocorrência de danos à saúde. A suspeita destes danos, como também sua redução, seriam objeto da assistência especializada.

O controle dos determinantes socioambientais e conseqüentemente as ações sobre as necessidades são espaços de atuação de todo cidadão, compõem uma gama ampla de objetos de ação e encontram-se no cotidiano. A perspectiva aqui colocada considera o indivíduo como ativo no processo saúde-doença e indica que estes determinantes socioambientais têm íntima relação com a condição de saúde do grupo, da comunidade na qual o indivíduo está inserido.

Esta seria uma primeira pontuação importante deste modelo: a saúde da pessoa encontra-se numa equação com a saúde do grupo e da comunidade na qual esta pessoa está inserida. Deste modo, para

intervir nesta realidade, deve-se realizar ações articuladas entre as equipes de saúde e a população.

A vigilância da saúde, ao redefinir o objeto do modelo assistencial, implica uma redefinição nos meios de trabalho, nas relações, nas técnicas, nos sujeitos envolvidos. Este processo, do ponto de vista dos autores (Paim & Teixeira, 1992 e Teixeira, Paim & Vilasbôas, 1998), indica a superação da dicotomia entre as práticas coletivas e individuais na medida em que forem incorporadas contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde. Pode-se reconhecer também a construção de uma concepção de saúde e de práticas de saúde que integra operacionalmente o individual e o coletivo, o particular e o público.

A redefinição do objeto do modelo assistencial seria elemento para uma segunda pontuação. O objeto do modelo de vigilância da saúde amplia-se para além do indivíduo portador de uma queixa de saúde, um indivíduo doente. No âmbito da saúde coletiva trata-se de garantir a saúde da população, investindo em ações e práticas de saúde no cotidiano, considerando os membros desta população como cidadãos, sujeitos ativos, sujeitos sociais. A doença que gera a necessidade de cuidados por parte do indivíduo que recorre ao setor saúde é o estágio mais específico de intervenção, e esta pode ser adiada com práticas coletivas. O indivíduo e o setor saúde nesta perspectiva revertem seu pólo de atenção para a vida cotidiana e não à vida sob privação decorrente de um problema de saúde.

Outros exemplos

Outro trabalho que se ajusta profundamente à presente discussão foi elaborado por Vilasbôas (1998). Foi realizado um estudo de caso a partir da experiência do Distrito Sanitário de Pau da Lima (DSPL), com o objetivo de descrever e analisar a implantação de práticas de vigilância da saúde num contexto de distritalização entre 1992 e 1997.

A partir dos relatos analisados neste trabalho pode-se desenvolver um pouco mais o conceito e as atividades na perspectiva da vigilância da saúde. Em um primeiro exemplo, o entrevistado inclui em seu conceito de vigilância ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, indo, nesse sentido, além do trabalho focalizado somente na doença. Além disso, incorpora nesse conceito a noção de qualidade de vida, envolvendo aspectos como lazer e educação.

A afirmação de que a vigilância da saúde é a vigilância epidemiológica, quando não se trabalha só com a doença, sintetiza princípios desta abordagem:

trabalha-se com o raciocínio epidemiológico e a concepção ampliada de saúde. A vigilância da saúde, seguindo estes princípios, congrega a ação intersectorial e interdisciplinar.

O exemplo traz a proposição de trabalho reorganizador do sistema, aponta a necessidade e o desafio de intervenção e principalmente a mudança na situação da saúde e do sistema de saúde. Nesse sentido, vigilância da saúde é uma estratégia e implica uma reversão do modelo. Essa estratégia é qualificada pelo entrevistado como “forte” e “ampla”, por envolver muitos conceitos (recuperação e promoção da saúde) e ações envolvendo diversos atores e setores – a comunidade, inclusive.

A BUSCA DE ARTICULAÇÃO

O desafio se faz agora na tentativa de articulação e demonstração da proximidade entre o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994) e o modelo de vigilância da saúde (Paim & Teixeira, 1992, Teixeira, Paim, & Vilasbôas, 1998).

Pode-se afirmar que o modelo proposto por Bronfenbrenner (1994) tem seu foco aproximado no indivíduo, na díade e seu desdobramento no percurso desta relação díadica para os sistemas nos quais se encontram as redes e que detêm as consistências mantenedoras dos grupos culturais e dos sistemas⁴.

O modelo de vigilância da saúde e suas origens, no movimento de reforma sanitária e de saúde coletiva, indicam uma outra perspectiva de entendimento. O foco mais forte encontra-se no coletivo, e nestas ações do coletivo deve-se usar das forças daqueles que exercem a inserção pela participação. Esta participação encontra-se respaldada pela inclusão do controle social, através dos conselhos locais de saúde, como elemento essencial do processo de municipalização e descentralização da saúde, frutos principais da reforma sanitária. Esta articulação do projeto da saúde coletiva, tendo como participantes atores locais, possibilita e concorda com a proposta de Bronfenbrenner (1994) e Goodnow (1996), na medida em que aproxima o poder, os órgãos definidores de políticas e culturas institucionais da população - o

⁴ Alguns pontos saltam aos olhos, exigem aprofundamento posterior. Quando se fala de consistências mantenedoras dos grupos culturais isto poderia ser suficiente; mas, considerando encontrarmos-nos numa discussão articulada com a saúde, a saúde organizada enquanto um sistema, este está inserido numa cultura e estabelece uma relação complementar com esta cultura local e vice-versa. Encontra-se aí um sistema de forças, não necessariamente antagônicas.

exossistema e o macrossistema. Pode-se afirmar que o movimento de reforma sanitária impele e fortalece o desenvolvimento da população na medida em que estimula a participação cidadã.

Esta análise demonstra, como colocado por Bronfenbrenner (1994), a importância do desenvolvimento como conquista da relação com os vários níveis do sistema. A participação encontra-se como elemento determinante neste desenvolvimento e é vivenciada desde a relação diádica mãe-criança, na qual se constroem díades de atividade conjunta em que possivelmente se iniciam os exercícios de participação.

Os outros dois níveis do modelo de vigilância da saúde, controle de riscos e controle de danos, exigem intervenções técnicas das ações de saúde. Nestas não se diminui a participação da população, mas a cada nível esta participação vai se especificando no indivíduo enquanto sujeito singular.

O que pode ser considerado concepção atual do processo saúde-doença não é uma realidade em prática nos serviços de saúde. E os serviços, como atualmente se organizam, estimulam certos comportamentos. Sendo assim, vê-se que os serviços enfatizam a sua força de trabalho em ações de controle de danos, e nestas a população não foi inserida, e conseqüentemente não incorporou o entendimento de que sua saúde e o resultado da interação de forças, nem de que a ação sobre estas forças pode vir a adiar ou evitar danos à saúde.

A agenda orientadora para a reorganização da saúde pela abordagem da vigilância da saúde indica que o primeiro passo se constitui da elaboração de um processo de conhecimento do território a ser objeto de atenção. A unidade mínima de informação deste território é a família. As famílias moradoras do local são as primeiras informantes de si mesmas e do lugar - do ambiente percebido, como coloca Bronfenbrenner (1994).

Esta é uma ponte para articulação da vigilância da saúde com o Programa de Saúde da Família, outra estratégia de reorganização do modelo de atenção que tem seus fundamentos nos princípios da vigilância da saúde. Sendo assim, a família não é abstratamente afirmada como *locus* privilegiado de ações de saúde, mas constitui unidade de informação e ação, unidade de cuidado do PSF e primeiro sistema constituidor do desenvolvimento humano.

A partir destas três abordagens é possível vislumbrar o papel da família no contexto do PSF. A família é o objeto de *cuidados* nesta estratégia, mas sua condição é ativa, e sendo assim, ela é *informante* na construção das prioridades e das alternativas de ação sobre os determinantes e sobre os riscos

individuais a que está exposta. E finalmente, a família, é constituidora de si e dos seus membros, ela cuida, preserva a sua sobrevivência.

Pode ser desnecessário mas as afirmações anteriores que desenvolvem o papel da família não pretendem desprezar o papel dos sistemas de informação. Instrumento essencial na ação em saúde coletiva. No caso, o SIAB⁵ é um organizador das informações prestadas pelas famílias. O produto que um sistema como este disponibiliza possibilita um retrato da realidade, possibilita também, junto com as famílias, a identificação dos determinantes, a priorização de problemas e ações e a incorporação da família como agente de seu próprio cuidado.

Falar da família como agente de seus próprios cuidados abre uma nova discussão, com a exigência de repensar o lugar do serviço de saúde, do profissional, do controle social e da família, e assim coletivamente “preparar canções para acordar os homens e adormecer as crianças” (Carlos Drummond de Andrade).

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. (1992). A clínica e a epidemiologia. *Esboço de um novo paradigma para a epidemiologia* (pp. 105-122). Salvador/Rio de Janeiro: APCE/ABRASCO.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *A ecologia do desenvolvimento humano*. (M.A.V. Veronesi, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1994).
- Casti, F. (1994). Ecologia: gênese de uma ciência do homem e da natureza. *Correio da Unesco*. Rio de Janeiro, 9(6), 6-11.
- Cowan, P.A. & Hetherington, M. (1991). *Family Transitions*. Hillsdale, New Jersey, LEA.
- Goodnow, J. (1996). Differentiating among social contexts: by spatial features, forms of participation, and social contracts. Em P. Moen, G. Elder & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of Human Development* (pp. 269-301). Washington: APA.
- Paim, J.S. & Teixeira, M.G.L.C. (1992). Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do sistema único de saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*. I (5), 27-57.
- Sarriera, J.C. (1998). O modelo ecológico-contextual em psicologia comunitária. Em L. Souza, M.F.Q. Freitas & M.M.P. Rodrigues (Orgs.), *Psicologia: reflexões (im)pertinentes* (pp. 373-396). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sucupira, A.C.S.L. (1981). *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

⁵ Sistema de Informação da Atenção Básica, Ministério da Saúde

Teixeira, C.F., Paim, J.S. & Vilasbôas, A.L. (1998). SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. Vol. 2 (2), 7-28.

Vilasbôas, A.L.Q. (1998). *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Recebido em 16/05/2002

Revisado em 07/07/2002

Aceito em 30/10/2002
